

高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費支給申請のご案内

このお知らせは、あなたの世帯における後期高齢者医療制度の被保険者の方が高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給対象となったため、送付しています。

支給対象者は、別紙「高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請について（お知らせ）」に記載されている被保険者氏名の左横に「◎」印がついている方です。

後期高齢者医療制度の被保険者本人がお亡くなりになられている場合は、相続人のうち一人が、高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の受領申立てを行い、同封の書類に必要事項を記入の上、申請してください。

なお、支給は医療保険と介護保険のそれぞれの保険者から、支給対象者にのみ行われます。

高額医療・高額介護合算療養費制度とは？

同一世帯内の後期高齢者医療制度の加入者の方について、1年間（毎年8月1日～翌年7月31日。ただし、7月31日までに被保険者資格を喪失された場合は、資格喪失日前日までの間。）に「医療保険」と「介護保険」の両方に自己負担があり、その自己負担額の合計が「限度額＋500円」を超えた場合、申請により限度額を超えた額を支給し、被保険者の負担を軽減する制度です。（限度額は下の表のとおり）

負担割合	所得区分	後期高齢者医療制度+介護保険の自己負担限度額（年額） （令和4年8月分から令和5年7月分まで）
3割	現役並み所得者Ⅲ	212万円
	現役並み所得者Ⅱ	141万円
	現役並み所得者Ⅰ	67万円
2割	一般Ⅱ	56万円
	一般Ⅰ	
1割	低所得Ⅱ	31万円
	低所得Ⅰ	19万円

※ 限度額は世帯単位で適用し、所得区分は資格喪失日前日時点の医療保険の所得区分を適用します。

※ 高額療養費（外来年間合算を含む）や高額介護サービス費等として支給された額は、合算計算上の自己負担額には含まれません。また、入院等における食費・居住費や介護保険の住宅改修費等についても合算の対象には含まれません。

1. 送付物

- ・高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請について（お知らせ）
- ・本状「高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費支給申請のご案内」
- ・高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（以下「申請書」という）
（令和6年2月22日時点で、被保険者がご健在の場合、申請書裏面は「委任状」、お亡くなりになられている場合、申請書裏面は「受領申立書」となっています。）
- ・返信用封筒（市・町宛 ※神戸市は、神戸市行政事務センター宛）

2. 申請書の記入方法

- ・裏面の「申請書の記入方法」をご参照ください。
- ・消えないボールペン等でご記入ください。

3. 申請書の提出方法（①、②どちらかの方法での申請になります。）

① 郵送による申請

申請書等に記入の上、必要書類を添えて同封の返信用封筒に入れて送付してください。

② 窓口での申請

返信用封筒記載の市役所（神戸市の場合は、区役所・支所）、町役場の後期高齢者医療制度担当窓口で申請してください。

＜郵送または窓口を持参いただくもの＞

【被保険者本人がご健在の場合】…記入例 A 参照（裏面記載）

1. 申請書：申請者・口座名義人ともに被保険者本人の場合は、**申請書表面のみ記入してください。**異なる場合は、申請書裏面の委任状も必ず記入してください。
2. 本人確認書類（官公署発行の顔写真付き証明書または兵庫県後期高齢者医療被保険者証）
＊郵送の場合：申請者と口座名義人が被保険者本人でない場合は委任状の記入及び被保険者の本人確認書類（写し）を同封して送付してください。
（※申請者と口座名義人が被保険者本人の場合は不要です。）
＊窓口申請の場合：窓口に来られる方の本人確認書類をお持ちください。なお、委任状の記入がある場合は、被保険者の本人確認書類もお持ちください。
3. 登記事項証明書（写し）：成年後見人等が手続きをされる場合は提出してください。
（※成年後見人等の本人確認書類も併せて提出してください。）
4. 通帳等（口座番号等が確認できるもの）＊窓口申請の場合のみ

【被保険者本人がお亡くなりになられている場合】…記入例 B 参照（裏面記載）

1. 申請書：申請書裏面の受領申立書に必ず記入してください。
※申請書裏面が委任状になっている場合は、下記問合せ先にご連絡いただくか、窓口申請の際にお申出ください。
2. 本人確認書類（官公署発行の顔写真付き証明書または兵庫県後期高齢者医療被保険者証）
＊郵送の場合：申立人の本人確認書類（写し）を同封し、送付してください。
＊窓口申請の場合：申立人と窓口に来られる方の本人確認書類をお持ちください。
3. 被保険者と申立人の関係（続柄）が分かるもの（写し可）
＊法定相続人である場合：戸籍謄本（抄本）・法定相続人情報一覧図等。なお、被保険者（被相続人）と申立人（相続人）が住民票上同じ世帯の場合は、添付不要です。
＊遺言等により申立人（相続人）に指定された場合：遺言状・公正証書等
4. 通帳等（口座番号等が確認できるもの）＊窓口申請の場合のみ

4. 注意していただきたい点

- （1）申請の際は同封の申請書をすべて提出してください。（申請書の記入は、支給対象者の申請書のみご記入ください。）
- （2）このお知らせが届いた日の翌日から2年以内に申請してください。2年が経過した後は、時効のため申請できなくなりますのでご注意ください。

5. 問合せ先

兵庫県後期高齢者医療広域連合給付課（コールセンター）

電話 （078）326-2023

（裏面もご確認ください）

記入例 A…申請書の記入方法(氏名欄の被保険者がご健在の場合)

A…申請書表面

申請形態	1. 計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)	② 計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり)	3. 計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり)	4. 死亡・海外移住等計算期間中申請
氏名	広城 太郎	生年月日	昭和 2年 1月 1日	個人番号 計算期間の始期及び終期 令和 4年8月 ~ 令和 5年 5月
国民健康保険資格情報				
続柄	保険者名称	加入期間		
被保険者				
後期高齢者医療資格情報				
氏名	広城 太郎	生年月日	昭和 2年 1月 1日	個人番号 計算期間の始期及び終期 令和 4年8月 ~ 令和 5年 5月
金融機関名・支店名・種目・口座番号・口座名義人は必ず記入してください。 金融機関コード・店舗コードがご不明な場合は、空欄のままです。				
281105	0012345	神戸市中央区		
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード	本店
		〇〇〇〇	銀行	〇〇〇〇
			信金・組合	1 1 1 1
			協同組合	1 1 1 1
			種目	1 2 3 4 5 6 7
			口座番号	1 2 3 4 5 6 7
			口座名義人(カタカナ)	コウイキ タロウ

口座名義人が被保険者本人以外の場合は、
申請書裏面の委任状も記入してください。

申請者は、原則として被保険者本人でお願いします。

次の A・B の条件を両方満たす場合には、被保険者以外の方の代筆が可能です。

- A. 被保険者の意思表示は確認できるが、身体上の都合により、
被保険者本人が自書できない状態であること
- B. 振込先の口座名義人が、被保険者本人と同一であること

代筆された場合は、以下の項目を記入してください。

1. 申請者欄(②の枠内)に被保険者の住所・氏名・電話番号・申請年月日
2. 備考欄(③の枠内)に代筆者の氏名・電話番号・被保険者との続柄

(勸奨用) 注意：裏面もご確認ください。

委任状欄は、次の場合に記入してください。

- ・被保険者以外が申請する場合
- ・被保険者名義以外の銀行口座に振込を希望する場合

A…申請書裏面

委任者(被保険者)	住所:	令和 6 年 4 月 1 日
申請に関する権限	氏名:	被保険者本人が住所・氏名を記入してください。
受領に関する権限	氏名:	申請者氏名が被保険者本人と異なる場合に、 申請者の住所・氏名等を記入してください。
受領に関する権限	氏名:	口座名義人が被保険者本人と異なる場合に、 口座名義人の住所・氏名等を記入してください。
上記委任状欄を記入して、窓口へ申請書を送る場合は、委任者(被保険者)の次に示す確認書類のいずれかのコピーを同封のうえ、ご送付ください。		
＜確認書類＞		
・運転免許証、マイナンバーカード等、官公署発行の顔写真付きの証明書		
・後期高齢者医療被保険者は後期高齢者医療被保険者証		
市区町職員記入欄	本人確認書類	確認日付
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証	
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	

記入例 B…申請書の記入方法(氏名欄の被保険者がお亡くなりになられている場合)

B…申請書表面

申請形態	1. 計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)	② 計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり)	3. 計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり)	4. 死亡・海外移住等計算期間中申請
氏名	広城 太郎	生年月日	昭和 2年 1月 1日	個人番号 計算期間の始期及び終期 令和 4年 8月 ~ 令和 5年 5月
国民健康保険資格情報				
続柄	保険者名称	加入期間		
被保険者				
後期高齢者医療資格情報				
氏名	広城 太郎	生年月日	昭和 2年 1月 1日	個人番号 計算期間の始期及び終期 令和 4年 8月 ~ 令和 5年 5月
金融機関名・支店名・種目・口座番号・口座名義人は必ず記入してください。 金融機関コード・店舗コードがご不明な場合は、空欄のままです。				
281105	0012345	神戸市中央区		
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード	本店
		〇〇〇〇	銀行	〇〇〇〇
			信金・組合	1 1 1 1
			協同組合	1 1 1 1
			種目	1 2 3 4 5 6 7
			口座番号	0 9 8 7 6 5 4
			口座名義人(カナで記入ください)	コウイキ ハナコ

口座名義人が申立人(相続人)以外の場合は、
申請書裏面の受任者欄も記入してください。

原則として、申立人(相続人)
が申請してください。

ゆうちょ銀行の口座番号が7桁でない場合は、
こちらに記号と番号をご記入ください。

2	650-0021	令和 6 年 4 月 1 日
神戸市中央区三宮町1-9-1-1201		
申請者氏名	広城 花子	
電話番号	(078) 326 - 2023	

(勸奨用) 注意：裏面もご確認ください。

B…申請書裏面

高額介護合算療養費・高額医療合算介護(予防)サービス費受領申立書	
兵庫県後期高齢者医療広域連合 宛 神戸市中央 市 区 町長 宛	
相続人(被保険者との続柄: 妻) (〒 650 - 0021) 住所 神戸市中央区三宮町1-9-1-1201 電話 078-326-2023 氏名 広城 花子	
申立人	申立人(相続人)の住所・氏名・電話番号・ 続柄を記入してください。
被保険者(被相続人)	後期高齢者医療被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7 介護保険被保険者番号 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 氏名 広城 太郎 神戸市中央区三宮町1-9-1-1201 令和 5 年 5 月 15 日
受任者(口座名義人)	氏名 生年月日 電話番号
市区町職員記入欄	市区町職員記入欄

申立人となる相続人氏名を記入してください。

申請書氏名欄に記載されている被保険者氏名を記入してください。

申請書表面の後期高齢者医療被保険者番号および介護保険被保険者番号を記入してください。

お亡くなりになられた被保険者の氏名・住所・死亡年月日を記入してください。

※①～③は相続にかかる優先順位です。
相続関係がわかるものを添付ください(コピーで可)。
例1 戸籍簿本(抄本) なら、被保険者(被相続人)と申立人(相続人)が住民票上、同じ世帯の場合は、
住民票上、別の世帯の場合は、添付が必要。)
①に指定された場合に、添付してください。
は、「申立人(相続人)」と「窓口に来られる方」の本
は、「申立人(相続人)」の本人確認書類(コピー)を
ード、官公庁発行の顔写真付きの身分証明書、当広域連
療被保険者証 のうち、いずれか1点。
確認書類 確認日付 担当者

記入内容や添付書類に不備があると支給が遅れる場合がありますので、提出前に必ず内容をご確認ください。